

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FABIANE BIS CAETANO GODZIKOWSKI

A GESTÃO DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS
ANTINEOPLÁSICOS NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO COMPLEXO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CURITIBA

2019

FABIANE BIS CAETANO GODZIKOWSKI

A GESTÃO DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS
ANTINEOPLÁSICOS NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO COMPLEXO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado aos
Cursos de Pós-Graduação em Gestão Pública,
Gestão Pública Municipal e Gestão em Saúde,
Universidade Federal do Paraná, como requisito
parcial à obtenção do título de Especialista em
Gestão em Saúde.

Orientador(a): Prof^a Msc. Cristhiane Aparecida
Mariot Diniz

CURITIBA

2019

Dedico este trabalho aos pacientes do Ambulatório de Quimioterapia do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Nossos valentes guerreiros lutam dia após dia com bravura e coragem. Estes queridos amigos nos ensinam que os efeitos colaterais da quimioterapia e os diversos problemas que enfrentam para completarem o(s) tratamento(s) não são maiores do que a vontade de vencer a doença e lutar pelo resgate de suas vidas. Meu muito obrigada!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo privilégio de poder completar mais uma etapa em minha vida profissional.

Aos meus queridos pais, Flávio e Eliane, pelo exemplo de vida que orienta desde sempre o meu caminhar diário.

Ao meu amado esposo, João Ricardo, pelo apoio e incentivos incansáveis durante toda esta trajetória acadêmico-profissional.

Ao Programa CIPEAD e seus parceiros, inclusive a Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade de aprendizado e crescimentos pessoal e profissional.

Ao Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná por ser um terreno fértil e uma grande escola para os profissionais que buscam desempenhar o melhor na assistência aos pacientes.

Aos amigos da Central de Misturas Intravenosas e Ambulatório de Quimioterapia que contribuíram significativamente para o êxito deste trabalho.

A Prof^a. Ms. Cristhiane Aparecida Mariot Diniz pela brilhante e ímpar orientação nesse trabalho.

A tutora Maria da Graça Bürger Fantonelli que auxiliou sem medir de esforços a conclusão com excelência deste projeto.

Aos colegas de turma que compartilharam suas experiências e demonstraram perseverança nesta caminhada.

*“... Não é sobre chegar
No topo do mundo e saber que venceu...
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu...
É sobre ser abrigo
E também ter morada em outros corações...
...Também não é sobre
Correr contra o tempo pra ter sempre mais...
Então fazer valer a pena
Cada verso daquele poema sobre acreditar...
Porque quando menos se espera a vida já ficou pra trás...
A gente não pode ter tudo
Qual seria a graça do mundo se fosse assim?...
Segura teu filho no colo
Sorria e abraça os teus pais enquanto estão aqui...
Que a vida é trem-bala parceiro
E a gente é só passageiro prestes a partir...”*

(Trem-bala, Ana Vilela)

RESUMO

O câncer representa um dos mais graves problemas de saúde pública, dada a complexa extensão da sua epidemiologia desde o diagnóstico, estadiamento e proposta terapêutica. Na maioria das vezes conta com tratamentos longos e debilitantes. Atualmente a prestação de serviços de saúde no Brasil, sejam públicos ou privados, mais proeminentemente nos primeiros, caracteriza-se como uma competência técnico-científica deficiente, bem como uma atuação insuficiente dos gestores em seu desempenho, além de escassos conhecimentos e saberes gerenciais nos estabelecimentos de serviços de saúde. Ao atuar em um ambulatório de quimioterapia identificaram-se intercorrências na gestão logística do processo de administração dos antineoplásicos, tais como: falta de medicamento, havendo assim a dispensa do paciente e, com isso, atraso do seguimento do tratamento; demora no período compreendido entre a validação da prescrição médica e o início da infusão dos medicamentos antineoplásicos, além de reclamações dos pacientes quanto ao tempo de espera prolongado para dar entrada na sala de quimioterapia devido à chegada tardia dos medicamentos. Teve-se como objetivo elaborar um Projeto Técnico visando à confecção e apresentação logística de um fluxograma do processo de administração dos antineoplásicos no ambulatório de quimioterapia do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Este trabalho descritivo e exploratório apresenta como métodos de pesquisa o tipo qualitativo e quantitativo. A fundamentação teórica ocorreu por meio de artigos científicos, livros-texto clássicos, documentos e manuais voltados para a Gestão da Saúde e Oncologia. A coleta de dados foi categorizada em dados primários e secundários, estabelecidos no período de seis meses (julho a dezembro de 2018) para fins de categorização e análise quantitativa dos dados. No panorama mundial, o câncer corresponde a crescentes e inevitáveis aumentos dos custos e gastos públicos e particulares, além de recursos materiais e humanos de alta complexidade; haja vista que se trata de uma doença altamente letal e dispendiosa se o diagnóstico for tardio ou for classificado como agressivo. Sendo assim, este trabalho objetivou promover a maior integração entre as equipes médica, enfermagem e farmacêutica, além de aperfeiçoar a atuação destes profissionais. Oferecendo, assim, um melhor atendimento ao paciente. Buscou-se também com esta pesquisa, demonstrar a importância da gestão logística das etapas de organização e planejamento de todo o processo da administração dos medicamentos antineoplásicos na intenção de mostrar o quanto a melhor gestão destes promoverá a eficácia deste trabalho contribuindo para a qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço de saúde público, otimizando a oferta do atendimento, reforçando a notoriedade de um complexo de serviço à saúde de abrangência em toda região sul do país.

Palavras-chave: Enfermagem. Gestão em Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Antineoplásicos. Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

Cancer represents one of the most severe public health conditions due to the complex extension of its epidemiology from the diagnosis, staging system and therapeutic proposal. Commonly, cancer treatments are long and debilitating. Currently, health service provision in Brazil is distinguished as deficient in terms of technical-scientific competency, either in public or in private sectors, especially in the first, besides that, there is an insufficient engagement of managers on their performances, and lack of knowledge regarding management in health care establishments. Working at a chemotherapy outpatient unit, complications were identified in the logistic management of antineoplastic drugs, such as: lack of medications, which inflicts on patients discharges, holding back their treatments; delay between validation of medical prescription and the beginning of the antineoplastic drugs infusion; in addition to patients complaints about the extended standby time until they have access to their medications at the chemotherapy unit. This research purpose was to elaborate a Technical Project about a logistical presentation of a flowchart about the management process of antineoplastic drugs in the chemotherapy outpatient unit at the Clinical Hospital Complex of the Federal University of Paraná. This descriptive and exploratory work presents qualitative and quantitative results. The theoretical basis includes research through scientific articles, classic textbooks, documents and manuals related to Health Management and Oncology. The categorization of the data collection was divided into primary and secondary data, in a period of six months (July to December 2018) for categorization and quantitative data analysis. Cancer global overview corresponds to an arising and inevitable enhancement in public and private costs and expenditures, as well as highly complex human and material resources. Also, it is a highly lethal disease with expensive treatments, especially after a late diagnosis or whether classified as aggressive. Therefore, this work aimed to promote greater integration among the medical, nursing and pharmaceutical teams, in addition to improving these professionals performances, resulting in a better patient care system. Furthermore, this research demonstrates the logistics management importance about stages of organization and planning the process of administration of antineoplastic drugs. Consequently, this is going to stimulate efficiency to the process, which contributes to a better quality of patient care provided to users of the public health services, reinforcing the notoriety of a comprehensive health service complex throughout the southern region of the country.

Keywords: Nursing. Health Management. Patient Care Team. Antineoplastic. Pharmaceutical Assistance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1	—	NÚMERO E PORCENTAGEM DOS ATENDIMENTOS, POR NEOPLASIAS, REALIZADOS NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR. SAM 16. PERÍODO: JULHO A DEZEMBRO/2018	29
GRÁFICO 2	—	ATENDIMENTOS REALIZADOS, POR NEOPLASIAS, MENSALMENTE NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR. PERÍODO: JULHO A DEZEMBRO/2018	30
FLUXOGRAMA 1	—	PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DO PROTOCOLO QUIMIOTERÁPICO NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR	30
GRÁFICO 3	—	NÚMERO ABSOLUTO DE PREPARAÇÕES MEDICAMENTOSAS PELA CMIV PARA O AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR. PERÍODO: JULHO A DEZEMBRO/2018	33
FLUXOGRAMA 2	—	APRESENTAÇÃO LOGÍSTICA DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR	34
QUADRO 1	—	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO REFERENTE AO FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR	35
QUADRO 2	—	RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS	37

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	—	NÚMERO E PORCENTAGEM DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELAS ESPECIALIDADES NO SAM 16 DO CHC-UFPR NO PERÍODO DE JULHO A DEZEMBRO/2018	28
TABELA 2	—	PRINCIPAIS PROTOCOLOS ANTINEOPLÁSICOS SEGUNDO TEMPO DE PERMANÊNCIA DO PACIENTE NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR. PERÍODO: JULHO A DEZEMBRO/2018	32

LISTA DE SIGLAS

AF	– Assistência Farmacêutica
APAC	– Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
CEAF	– Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEMEPAR	– Centro de Medicamentos do Paraná
CFT	– Comissão de Farmácia Terapêutica
CHC	– Complexo Hospital de Clínicas
CHC-UFPR	– Complexo Hospital de Clínicas da Universidade do Paraná
CID 10	– Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CMIV	– Central de Misturas Intravenosas
CONITEC	– Comitê Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde
CTI	– Cateter Totalmente Implantado
DANT	– Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DNA	– Ácido Desoxirribonucleico
INCA	– Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PCDT	– Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNM	– Política Nacional de Medicamentos
QV	– Qualidade de Vida
RENAME	– Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAM 16	– Serviço Ambulatorial Médico (16)
SESA	– Secretaria de Estado da Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCTH	– Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
URM	– Uso Racional dos Medicamentos
WHO	– World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	APRESENTAÇÃO	12
1.2	OBJETIVO GERAL	13
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.4	JUSTIFICATIVA	14
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
2.1	A GESTÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL: A GESTÃO LOGÍSTICA DOS MEDICAMENTOS	15
2.2	PANORAMA DO CÂNCER MUNDIAL E NO BRASIL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS	17
2.3	A LOGÍSTICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA HOSPITALAR NO BRASIL: A GESTÃO DOS MEDICAMENTOS	21
3	DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA	25
3.1	DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO	25
3.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	26
4	PROPOSTA TÉCNICA PARA A SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	34
4.1	PROPOSTA TÉCNICA	34
4.1.1	Plano de implementação	35
4.1.2	Recursos	36
4.1.3	Resultados esperados	37
4.1.4	Problemas esperados e medidas preventivo-corretivas	38
5	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS	42
	ANEXO 1	45
	ANEXO 2	46
	ANEXO 3	49

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Machado (2017) refere que haverá um aumento cerca de 70% no número de casos novos de câncer nos próximos 20 anos. Estimam-se 24 milhões de casos e 14,6 milhões de mortes em todo o mundo, sendo que 2,4 milhões ocorrerão nos Estados Unidos para o ano de 2035. No Brasil estimava-se para os anos 2016 e 2017 a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer, com destaque para alguns cânceres hematológicos como os linfomas e as leucemias, com 10.010 e 12.710 novos casos, respectivamente.

O diagnóstico de câncer promove uma experiência ímpar resultando em um emaranhado de sensações e sentimentos negativos. Este “viver pela e para a doença” se compreende como uma vivência considerável para todos os envolvidos, ou seja, a própria pessoa doente, familiares, acompanhantes, amigos e rede de apoio. Adoecer de câncer significa ter a vida e todos os eventos nela contidos suprimidos e abolidos em detrimento do cotidiano “para o câncer”. É um redescobrir a vida, completamente novo e repleto de mudanças a começar pelo compreender a forma pela qual se organiza o funcionamento do serviço de saúde público, caso não haja a possibilidade do tratamento no setor privado. (JACOB, 2017).

A atuação na área da oncologia proporciona o olhar individualizado ao indivíduo acometido pelo câncer, que se submete a tratamentos por vezes mutilantes e debilitantes. A equipe médica, na maioria das vezes, encaminha o paciente para o tratamento quimioterápico, compreendido por protocolos de tratamento de longa duração com sessões que variam em intervalos semanais, quinzenais, a cada 21 dias ou mensais. Esse período longo de tempo gera no paciente e familiar/acompanhante angústias, revolta e impaciência; muitas das vezes podendo prejudicar o andamento do tratamento. O Complexo Hospital de Clínicas (CHC) caracteriza-se como órgão suplementar da Universidade Federal do Paraná (UFPR); insere-se no Sistema Único de Saúde (SUS) como hospital escola da UFPR, promovendo a formação de diversos profissionais da área da saúde. Compreende o maior hospital público do Paraná, sendo o terceiro hospital universitário federal do país. São realizados atendimentos em nível terciário, devido sua estrutura tecnológica e técnico-instrumental atendendo

casos da alta complexidade e consultas especializadas. (EBSERH, 2014). Esta pesquisa realizou-se no Ambulatório de Quimioterapia, localizado no Serviço Ambulatorial Médico (SAM 16). O SAM 16 atende pessoas portadoras de patologias oncológicas, onco-hematológicas e hematológicas nas fases de diagnóstico e estadiamento, tratamento medicamentoso diverso (quimioterápico, hormonioterapia, similares, dentre outros) e em segmento ambulatorial, compreendendo ao todo 10 especialidades.

A prática diária como enfermeira assistencial motivou a detecção de alguns intercurtos relacionados ao processo de administração dos medicamentos antineoplásicos como: falta do medicamento resultando na suspensão e/ou atraso do seguimento do protocolo de tratamento proposto, demora entre a validação da prescrição médica e o início da infusão dos medicamentos, tempo de espera prolongado desde a entrada do paciente na sala de administração dos medicamentos e a chegada dos produtos dificultando tanto a rotatividade dos pacientes nas salas como a rotina do serviço prestado, além da falta de uma gestão logística, ou seja, de um fluxograma deste processo contendo a multidisciplinariedade dos envolvidos.

1.2 OBJETIVO GERAL

Elaborar um Projeto Técnico visando a confecção e apresentação logística de um fluxograma do processo de administração dos medicamentos antineoplásicos no Ambulatório de Quimioterapia do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR).

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil epidemiológico dos indivíduos atendidos no ambulatório de quimioterapia através do diagnóstico situacional;
- Conhecer o processo de administração dos antineoplásicos compreendendo: compra, prescrição, validação e administração e
- Apresentar a fundamentação teórica a respeito da logística da assistência farmacêutica hospitalar no Brasil.

1.4 JUSTIFICATIVA

Atualmente a prestação de serviços de saúde no país, sejam prestadores públicos ou privados, mais proeminentemente nos primeiros, caracteriza-se como uma competência técnico-científica deficiente, bem como uma atuação insuficiente dos gestores na performance desempenhada, além de escassos conhecimentos e saberes gerenciais nos estabelecimentos de serviços de saúde. Essas insuficiências mencionadas podem prejudicar drasticamente a logística da prestação dos serviços de saúde a que se propõem a essas empresas. A ineficiência dos processos associada a inexistência de um planejamento sólido das atividades resultam em serviços burocratizados, atrasados e morosos. (NETO *et al.*, 2014).

O Ambulatório de Quimioterapia do CHC-UFPR atende um grande número de pacientes, visto a sua influência como um centro de estudo e tratamento referência do Sul do Brasil. Assim, este Projeto Técnico visa elaborar um fluxograma do processo de administração dos antineoplásicos, buscando reorganizar a logística da gestão deste e aprimorar o atendimento aos pacientes a partir da sistematização daquele, evitando a suspensão do protocolo terapêutico e atrasos na realização do mesmo devido a falta do medicamento, demora no atendimento e na realização da administração dos medicamentos. Este trabalho pretende promover a maior integração entre as equipes médica, enfermagem, administrativa e farmacêutica, além de otimizar a atuação destes profissionais. Oferecendo assim um atendimento ágil e de qualidade ao paciente.

Busca-se com esta pesquisa demonstrar a importância logística das etapas de organização e planejamento de todo o processo da administração dos medicamentos antineoplásicos na intenção de mostrar o quanto a melhor gestão promoverá a eficácia deste trabalho contribuindo para a qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço de saúde público, otimizando a oferta do atendimento, reforçando a notoriedade de um complexo de serviço à saúde de abrangência em toda região sul do país.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A GESTÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL: A GESTÃO LOGÍSTICA DOS MEDICAMENTOS

No ano 2000 a Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo Kuschnir *et al.* (2014), defendia que as atividades dos sistemas de saúde têm como objetivo primordial promover, restaurar e manter a saúde da população. Para tanto, os medicamentos fazem parte das tecnologias de saúde, e sendo assim, contribuem significativamente para o aumento dos gastos em saúde nos países. Várias são as causas para este aumento, dentre eles: a mudança do perfil epidemiológico, a inevitável incorporação de novas tecnologias, que por si mesmas geram pressão nos setores da saúde e a maior abrangência dos sistemas de saúde à toda população. (Rover *et al.*, 2017).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil, desde 1998, com suas políticas públicas, promove tanto o acesso quanto o Uso Racional dos Medicamentos (URM). Este órgão federal implantou o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) com o objetivo de ser uma estratégia para viabilizar o acesso aos medicamentos com a garantia da integralidade dos tratamentos, construído sob a ótica de “linhas de cuidado” pautadas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Porém, tem-se que infelizmente na maioria das instituições públicas a desorganização, a falha no processo prático, a não comunicação eficaz, prejudicando todo o processo de gestão logística, são os principais desarticuladores da qualidade da assistência. (NETO *et al.*, 2014).

A produção dos insumos medicamentosos no Brasil interliga-se intimamente com as políticas públicas e suas interrelações com as funções do Estado. Este configura-se como um interventor e regulador na área farmacêutica, e o seu papel será definido e baseado nas carências em saúde da população, em detrimento da logística mercadológica. A política de medicamentos embora esteja atrelada as demais (vigilância sanitária, ciência, tecnológica e assistência farmacêutica) obriga-se a manter-se centrada nos princípios básicos da política de saúde, que são: universalidade e igualdade. (PAULA *et al.*, 2009).

Neto *et al.*, (2014) *apud* Infante (2006) trazem que há que se dizer que a logística da gestão dos medicamentos e insumos nos serviços de saúde públicos estão aquém do que se estabelecem as normas operacionais das esferas de Governo. Nota-se que uma atuação negativa pautada em dissociação dos processos, conflitos internos e má administração resultam em desequilíbrio do real significado de gestão. Sendo assim, os autores vêm referindo que os sistemas de informação são instrumentos de grande valor estratégico aliados na gestão coesa do processo de logística e de distribuição e abastecimento dos vários materiais médicos-assistenciais.

Nesse sentido, algumas são as causas apontadas como preditoras de uma logística ineficiente: **a) Estruturais:** ausência de prioridade política e de investimentos no setor, barganhas políticas e corrupção, salários abaixo da expectativa, resultam em centralização e burocratização dos processos, inexistência de critérios e prioridades e gestores desprovidos da intenção de gerir coerentemente o setor e **b) Organizacionais:** não há a identificação da missão, dos objetivos e das metas institucionais, assim, cada setor tem uma independência em relação aos demais, transformando a instituição em sistemas interdependentes com suas próprias regras. Associados a estes tem-se a falta de gestão profissionalizada; desenvolvimento precário dos recursos humanos; recursos financeiros escassos e mau provisionados; ausência e ineficiência de planejamento e acompanhamento e chefias despreparadas e desmotivadoras. (Neto *et al.*, 2014).

Continuando nesses aspectos tem-se que a **função de distribuição** (ressaltando que a logística de distribuição deve ser a grande matriz de um serviço de saúde, e não colocar esta responsabilidade aos sistemas produtores que podem gerar mau uso dos produtos estocados), em que naqueles serviços de saúde onde há uma gestão logística ineficiente encontram-se falhas no **sistema de abastecimento** já que não há estoques suficientes (até mesmo “zerados”), ficando como “vítimas” o paciente (rede hospitalar) ou usuário (rede primária). Espera-se que haja a reposição dos insumos de modo eficaz tanto qualitativamente, quantitativamente e com preço justo. Sabe-se que desta forma os indivíduos que necessitam dos serviços de saúde poderão contar com um serviço dotado de uma gestão logística de qualidade. (Neto *et al.*, 2014).

A partir de 1975 o Ministério da Saúde (MS) desenvolve uma lista denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) capaz de padronizar os insumos de todas as espécies para serem disponibilizados nas redes de saúde.

Assim, a descentralização do sistema de saúde brasileiro resulta na responsabilidade dos Estados e municípios serem seus próprios gestores da RENAME, além de terem listas próprias específicas ao tipo de assistência a que se propõem, particularmente nesse grupo se enquadram os hospitais especializados. Nesse sentido, os setores que fazem uso direto do almoxarifado são considerados um “centro e consumo”. Assim sendo, o subsistema de Guarda e Distribuição atua como um almoxarifado disponibilizando os diversos tipos de insumos, abastecendo todos os centros, acompanhando e ajustando as cotas de estoque e distribuição, garantindo reposição suficiente em quantidade e qualidade dos materiais/insumos. (Neto *et al.* (2014).

Os autores supracitados referem que havendo um sistema de informação eficiente ter-se-ão as reais necessidades de insumos sempre gerenciadas e monitoradas, minimizando assim o “círculo de desconfiança”. As unidades envolvidas nesse processo, desde a compra até seu destino final (ou seja, o uso do(s) produto(s)) carecem de um sistema abrangente e claro no tocante as suas funções e desempenho. Um sistema de informação adequado poderá ser benéfico ao sistema de saúde como um todo, já que o controle, o financiamento e a compra serão gerenciados da maneira correta. Os autores afirmam que em locais de serviços de saúde onde há profissionais verdadeiramente envolvidos no processo de trabalho, além de processos de trabalho atualizados, corretos, completos e respaldados em políticas públicas, resultam em uma equipe coesa e sensibilizada e de qualidade.

2.2 PANORAMA DO CÂNCER MUNDIAL E NO BRASIL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) usando as referências da World Health Organization (WHO, 2013) e Ferlay *et al.* (2013) as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) já são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo. Estimou-se que, em 2008, 36 milhões dos óbitos (63%) ocorreram em consequência das DANT, com destaque para as doenças cardiovasculares (48% das DANT) e o câncer (21%). Estima-se, para o Brasil, no biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon

e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago. Essa patologia, em 2015, representou 8,8 milhões de mortes pelo mundo, sendo a segunda causa de morte mais frequente. Já no Brasil, nesse mesmo ano, houve 223,4 mil mortes por câncer. (TESTON *et al.*, 2018).

O câncer representa um dos problemas de saúde pública mais graves dada a complexa extensão da sua epidemiologia desde o diagnóstico, estadiamento e proposta terapêutica, tendo na maioria das vezes a indicação de tratamentos longos e debilitantes. Ainda se destacam os fatores de risco ambientais, comportamentais e hereditários como os grandes vilões para o surgimento da doença. (TESTON *et al.*, 2018).

Segundo as pesquisas na área da oncologia, a maioria dos cânceres têm diagnóstico na chamada “fase tardia”. Por vezes a sintomatologia da doença se confunde com outras patologias corriqueiras para a área clínica médica, sendo então realizados os diagnósticos em estádios avançados da doença. É comum receber os pacientes já debilitados, com manifestações de sintomas já agravados, resultando em fracassos terapêuticos e insucessos, além de um prognóstico reservado. Assim sendo, a maioria dos casos diagnosticados nesses estágios não é eletiva para um tratamento curativo, sendo encaminhada para os tratamentos disponíveis na forma paliativa, buscando o aumento na sobrevida global. (KNUSTI *et al.*, 2017).

Ainda hoje, associa-se o câncer a sofrimento e sentença de morte. Nesse contexto, a pessoa experiencia alterações na saúde e os sentimentos de medo e tristeza são os primeiros a surgir. A convivência com outros pacientes e o acolhimento de uma equipe de saúde engajada não somente no aspecto “biológico da doença” contribuem para o bom enfrentamento da doença com esperança e força para lutar. Nessa trajetória faz-se comum o abandono por parte de algum membro da família ou o próprio descaso deste frente a gravidade tanto da doença quanto da necessidade urgente dos tratamentos (por vezes são escolhidas mais de uma terapêutica ao mesmo tempo). Nesse sentido, tem-se a significativa atuação da rede de apoio social minimizando o sentimento de solidão que abarca a maioria das vítimas de câncer. (TESTON *et al.*, 2018).

As autoras reforçam que os serviços de saúde necessitam ofertar ações que promovam a prevenção da doença, bem como a promoção da saúde a partir da doença, além do diagnóstico precoce, tratamentos adequados, agilizados e de início

rápido, reabilitação e cuidados paliativos (onde não há expectativa de cura, porém garante-se a sobrevida do indivíduo). Nesse contexto destaca-se que a organização da rede de serviços de saúde em torno desta temática pode melhorar o acesso das pessoas acometidas pelo câncer tanto ao diagnóstico quanto as modalidades de tratamentos, pois este cenário define o caminho a ser trilhado, além das decisões a serem tomadas que influenciarão o curso da enfermidade.

Os tratamentos atuais e mais significativos para o câncer são: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH). Cada um destes apresenta uma imensa magnitude de subtipos, reforçando serem tratamentos complexos que exigem uma equipe multiprofissional especializada e engajada primeiramente no indivíduo e na reinserção deste em sua rotina de vida diária. Sabe-se que a múltipla escolha, por vezes simultânea, dessas abordagens citadas podem trazer melhores resultados, haja visto que a doença manifesta uma vasta incidência de metástases e demais debilidades que ao serem associadas mais de uma opção de tratamento o sucesso faz-se mais expressivo, já que se almejam melhores resultados em termos de cura, sobrevida e Qualidade de Vida (QV). (INCA, 2018).

Nessa pesquisa optamos por abordar sucintamente as três primeiras modalidades de tratamento, haja visto que nos importa principalmente a modalidade quimioterapia e também por se tratar do campo de pesquisa ser um local de maior incidência de tratamento de tumores sólidos, seguido das doenças onco-hematológicas e hematológicas, além do preparo quimioterápico para as doenças que necessitam do TCTH. A cirurgia oncológica, que dependendo das características do tumor maligno pode trazer a cura, caracteriza-se como a primeira linha de tratamento desde que o tumor seja localizado, em fase inicial, pouco invasivo e de proporções em relação ao tamanho que não cause extensas mutilações. (INCA, 2018).

Já os fármacos citostáticos, mais conhecidos como agentes quimioterápicos antineoplásicos se caracterizam por serem substâncias químicas que podem ser usadas isoladas ou combinadas, com a função primordial de diminuir o metabolismo celular ou destruir as células malignas interrompendo o ciclo celular e provocando a morte dessas células. Porém, este tratamento infelizmente agride também as mais variadas células sadias e em rápida proliferação celular; sendo estes os temidos efeitos colaterais: náuseas, vômitos, alopecia, mucosite, inapetência, anemia,

neutropenia e plaquetopenia, toxicidade renal, vesical, dermatológica, pulmonar, cardíaca, neurológica, dentre outros. (BONASSA e GATO, 2012).

Já a radioterapia utiliza a radiação ionizante com o objetivo de atingir células tumorais malignas, ou causar a profilaxia de órgãos e tecidos, ocasionando a morte celular por impedir sua replicação. Uma boa parte dos tumores malignos, cerca de 60%, se beneficia desta modalidade de tratamento. A radioterapia destrói o tecido maligno, preservando os tecidos adjacentes ao doente. A radiação tem a função de atingir diretamente as células do tumor maligno, mais especificamente no Ácido Desoxirribonucleico (DNA), lipídeos e proteínas. A quebra do DNA ocasionando a perda da capacidade de divisão celular é a principal característica de funcionalidade desta terapêutica. Somado a isto, a radiação produz radicais livres interagindo com a água intracelular, resultando na apoptose celular. Os efeitos colaterais desta terapêutica dependerão da localização do tumor (exemplo: se a área irradiada compreender as regiões cervical e torácica, no caso de câncer de esôfago e pulmão, podem haver disfagia, odinofagia, dispneia, cansaço aos pequenos e médios esforços e etc. (DENARDI, 2008).

O câncer representa, pelo exposto, uma comorbidade desafiante. Assim, um emaranhado de sentimentos negativos, associados aos prejuízos no bem-estar físico, psicossocial, espiritual e financeiro podem afetar diretamente o seguimento do tratamento, por vezes longo, demorado e estressante. (TESTON *et al.*, 2018).

As autoras supracitadas reforçam que vencer o longo itinerário do câncer não é uma tarefa fácil, visto que a obrigatoriedade da alteração na rotina de vida diária, associada aos efeitos colaterais, o cansaço produzido pelo deslocamento (centros de tratamentos distantes e com pouca oferta pelo país), esperas demasiadamente longas e estressantes tanto para as consultas de rotinas quanto para o tratamento em si (sessões de quimioterapia associadas ou não com a radioterapia), altos custos com alimentação e hospedagem geram ou pioram os sentimentos de derrota para o câncer.

Corroborando nessa temática as autoras Marques *et al.* (2017) nos colocam que o câncer se caracteriza-se como uma das doenças que mais interfere na QV. Ainda que haja sucesso nos resultados de exames pós tratamento, sempre ficarão sequelas físicas e emocionais, além de alterações nos papéis familiares, convivência social e prejuízos do desempenho laboral. Vale ressaltar que o panorama do câncer no mundo corresponde a crescentes e inevitáveis aumentos dos custos e gastos

públicos (serviços de saúde da rede SUS) e particulares, além de recursos materiais e humanos de alta complexidade; por se tratar de uma doença altamente letal e dispendiosa se o diagnóstico for tardio ou for uma doença classificada como agressiva.

Diante do exposto, entende-se que uma má gestão logística no atendimento e seguimento deste indivíduo será uma somatória de “negatividades” na vida deste, sendo assim os profissionais de saúde têm a obrigação ético-profissional de planejar e operacionalizar os processos de cuidados com qualidade e eficiência.

2.3 A LOGÍSTICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA HOSPITALAR NO BRASIL: A GESTÃO DOS MEDICAMENTOS

Até a década de 80 apenas os trabalhadores com relações de trabalho formais e regulares (carteira assinada) registrados no sistema previdenciário tinham acesso à saúde no Brasil. Após a redemocratização e com o advento da criação do SUS, a política de saúde se abre para a universalização (todo cidadão brasileiro tem acesso aos serviços públicos de saúde), equidade (atender as necessidades distintas de cada pessoa) e integralidade (atender aos indivíduos em todas as suas dimensões) do acesso, além da participação social na gestão do SUS. Deste modo o SUS abrange as três esferas de Governo, compartilhando suas ações a partir da hierarquização de graus de complexidade e regionalização; os municípios são responsabilizados pelo atendimento das necessidades básicas de saúde, enquanto os Estados e a Federação provêm os atendimentos de média e alta complexidade. (SANTOS, 2014).

Soares *et al.* (2013) mostram que mundialmente os sistemas de acesso a medicamentos caracterizam-se por drogas sendo utilizadas para outros fins além dos estudos científicos, bem como o excessivo uso além da superestimação dos aspectos benéficos das drogas. Logo, esses fatores aumentam constantemente e vê-se ser um feito socioeconômico complexo. A OMS garante que os serviços farmacêuticos podem contribuir significativamente nos cuidados de saúde, porém destaca-se que ainda assim, haverá dificuldades envolvidas na dinâmica operacional daqueles. Ressalta-se, pelos autores, que a burocratização do processo de dispensação que compreende a prescrição até a entrega de medicamentos resulta em uma atividade meramente administrativa.

A Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90, publicada em 19 de setembro de 1990, assegurou entre os campos de atuação do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica e a formulação da política de medicamentos como a RENAME. Para tal, os princípios do SUS aplicam-se também à Assistência Farmacêutica (AF), podendo contribuir para a melhor assistência ao cidadão a partir de diretrizes terapêuticas pautadas em protocolos clínicos. Mas, o subfinanciamento do SUS perpetua o desarranjo das ações dos serviços de saúde entre o gasto público e privado com os medicamentos, além do uso abusivo de tecnologias (num país totalmente carente de tecnologia nacional) provocam ainda mais a complexidade das ações da AF, bem como a operacionalização das políticas que esbarram nos empasses de uma construção viável para todos. (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

O envelhecimento da população, graças a redução dos indicadores de morbimortalidade a partir de melhores condições de vida e acesso aos serviços de saúde, tem alterado o panorama das doenças outrora agudas para as atuais doenças crônicas, porém houve também um aumento significativo no consumo de medicações. Nesse contexto epidemiológico, social e político as indústrias farmacêuticas viram como “bons olhos” virem para o Brasil que proporcionou redução dos gastos públicos com privatizações e abertura às leis de mercado. Aproveitando este cenário, cria-se em 1998 a Política Nacional de Medicamentos (PNM) que estabelece: **a)** a adoção da relação de medicamentos essenciais; **b)** a regulamentação sanitária de medicamentos; **c)** a reorientação da AF; **d)** a promoção do uso racional de medicamentos; **e)** o desenvolvimento científico e tecnológico; **f)** a promoção da produção de medicamentos; **g)** a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e **h)** o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. (PAULA *et al.*, 2009).

De 2006 a 2013, o Governo Federal adquiriu cerca de 23 bilhões de medicamentos. O gasto total foi de US\$ 14,7 bilhões (R\$ 34,6 bilhões). As despesas anuais aumentaram 2,72 vezes (172%), enquanto o volume aumentou 1,99 vez (100%). Alguns grupos terapêuticos em 2006 constituíram metade do gasto total: antivirais, várias enzimas/aminoácidos; já em 2013 os imunossuppressores, antineoplásicos e antivirais. Considerando todo o período (2006-2013), apenas três grupos terapêuticos (imunossuppressores, antivirais e agentes antineoplásicos) dominaram o gasto, constituindo o percentil de 50%. Os principais fatores que podem

e elevar os gastos com produtos farmacêuticos em um país são os altos preços de compra, os padrões de alta utilização (ou seja, a quantidade) ou uma combinação destes. Mudanças para novas terapias e um regime terapêutico de alto custo adotado, são fatores explicativos definidos. Isso é corroborado por relatórios do Comitê Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC). Segundo esses relatos, 60% dos medicamentos incorporados pelo SUS de 2012 a 2016 foram produtos de alto preço. Em 2013, os fármacos cardiovasculares foram a classe mais importante em termos de volume, enquanto os agentes antineoplásicos e imunomoduladores surgiram como o principal grupo nos gastos. Os agentes antineoplásicos e imunomoduladores foram a classe terapêutica com maior variação no período, com um aumento de 20 vezes nos gastos entre 2006 e 2013, de US\$ 78,2 milhões (R\$ 183,2 milhões) para US\$ 1,57 bilhão (R\$ 3,7 bilhões). (Luz *et al.*, 2017).

O modelo de AF vigente no SUS, com seus componentes básico, estratégico e especializado, não contempla o fornecimento de medicamentos para a assistência em oncologia. Além disso, não existe uma lista única de medicamentos antineoplásicos incorporados no SUS, inexistente uma linha específica de financiamento destes medicamentos e as diretrizes clínicas em oncologia contemplam apenas alguns tipos de câncer. Acrescentam-se a esses fatores as reduzidas proporções de medicamentos antineoplásicos e de indicações terapêuticas presentes na lista de medicamentos essenciais da OMS e nos protocolos clínicos e diretrizes vigentes no país, com vias de financiamento estabelecidas somente para alguns casos específicos, sinalizam a importância de se ampliar o debate na busca de modelos alternativos que garantam a efetiva assistência terapêutica integral aos pacientes em tratamento de câncer no SUS. (VIDAL *et al.*, 2017).

O Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR) com sede em Curitiba, responde pelo planejamento e execução da Política Estadual de Assistência Farmacêutica, atuando de forma articulada com as áreas técnicas e superintendências da Secretaria de Estado da Saúde (SESA). O CEMEPAR atende ao abastecimento dos hospitais, sendo o centralizador dessa ação, ainda tem como funções: definir, coordenar, supervisionar e executar as atividades relacionadas à programação, aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos aos hospitais e unidades próprias da SESA, bem como às Centrais de Abastecimento Farmacêutico e farmácias das Regionais de Saúde. Na rede hospitalar, ainda que a maioria dos hospitais possuam Comissão de Farmácia

Terapêutica (CFT), os dados apontam para o funcionamento precário na maioria dos casos, necessidade de qualificação de recursos humanos e de garantia de tempo disponível para exercer as atividades que envolvem a seleção de medicamentos. (ODELI, 2017).

Segundo os autores Neto *et al.* (2014) a gravidade dos problemas no abastecimento dos estabelecimentos de serviços de saúde do SUS decorre da ausência de identificação de seus respectivos sistemas produtivos. Em outras palavras, o que o estabelecimento de serviço de saúde produz não é transparente para o sistema de abastecimento. Uso racional significa a utilização de todos os materiais/insumos, inclusive medicamentos, na qualidade e na quantidade necessárias ao bom procedimento para o paciente, isto é, usar tudo que tiver indicação técnica que o beneficie, evitando o uso irracional.

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

O CHC-UFPR representa um hospital de atendimento terciário, ou seja, possui estrutura tecnológica e instrumental técnico para o atendimento de casos de alta complexidade e consultas especializadas, realizando exames avançados de diagnóstico e procedimentos cirúrgicos. Está totalmente inserido no SUS e, como hospital escola da UFPR, atua na formação de diversos profissionais da área da saúde. Tem por missão, ser referência de excelência na formação de profissionais de saúde, na atenção à saúde, na inovação tecnológica e sustentabilidade, atendendo com inserção e integração na rede de serviços de saúde e nas necessidades da população. Tem por visão ser o melhor complexo hospitalar público de ensino e assistência em saúde, em todos os níveis de atenção, do país, acreditado com excelência. Sua área construída contempla 63 mil m², por onde circulam, diariamente, cerca de 11 mil pessoas. São quase 96 mil pacientes atendidos em média por mês, com 1.237 internações e 634 cirurgias/mês. De acordo com a capacidade instalada do hospital de 170 consultórios, destaca-se a capacidade de produção de 89.760 consultas médicas e multiprofissionais/mês. No momento, o CHC-UFPR utiliza 70% (63.518 consultas médicas e multiprofissionais/mês) de sua capacidade instalada ambulatorial, considerando o parâmetro acima, e com o redimensionamento passará a utilizar 96% (86.619 consultas médicas e multiprofissionais/mês) dessa capacidade. (EBSERH, 2014)¹.

O SAM 16 localiza-se no 4º andar, bloco H, do CHC-UFPR. Atende indivíduos adultos em 10 especialidades, sendo: Enfermagem, contando com o Ambulatório de Quimioterapia, Serviço Social, Hematologia/Leucemia, Oncologia Clínica, EnfCare² Cuidados Paliativos, Hematologia/LLC³/MM⁴/Linfoma, Nutrição, Terapia Ocupacional, Cuidados Paliativos e Cancerologia Geral. Vale ressaltar que os atendimentos de

¹ Informações obtidas através do documento: “Dimensionamento de Serviços Assistenciais”. Elaborado por EBSERH. Ano: 2014.

² EnfCare: Cuidados de Enfermagem.

³ LLC: Leucemia Linfóide Crônica.

⁴ MM: Mieloma Múltiplo.

Nutrição e Terapia Ocupacional são oferecidos a depender da disponibilidade de alunos residentes. Os atendimentos são realizados por meio de agendamentos prévios. O Ambulatório de Quimioterapia funciona de segunda-feira a sexta-feira, no período de 7:00 – 19:00, contando com uma escala de trabalho de 02 (dois) turnos. Compõem as 02 (duas) equipes de enfermagem: **a)** Manhã: 05 (cinco) enfermeiras e 02 (dois) técnicas de enfermagem e **b)** Tarde: 03 (três) enfermeiros e 01 (um) técnica de enfermagem.

O Ambulatório de Quimioterapia tem a capacidade máxima para atender 20 pacientes/vez, mas se houver funcionário em férias, atestado e etc. a atual equipe de enfermagem não consegue atender esta totalidade de pacientes. O serviço conta ainda com residentes de enfermagem que atuam de acordo com a escala estabelecida pelo programa de residência multiprofissional do CHC-UFPR. Os pacientes em quimioterapia são atendidos através da agenda semanal de enfermagem e também após as consultas médicas que seguem a seguinte escala semanal: **a) Segunda-feira:** Oncologia Clínica, Cancerologia Geral e Cuidados Paliativos; **b) Terça-feira:** Hematologia Maligna, Oncologia Clínica, Cancerologia Geral e Cuidados Paliativos; **c) Quarta-feira:** Oncologia Clínica, Cancerologia Geral e Hematologia/Leucemia; **d) Quinta-feira:** Oncologia Clínica e Cuidados Paliativos e **e) Sexta-feira:** Oncologia Clínica.

Os medicamentos antineoplásicos e similares são preparados na Central de Medicamentos Intravenosas (CMIV). Este setor localiza-se no 2º andar do prédio central do CHC-UFPR. Esta unidade conta com os seguintes profissionais, em turnos distintos de trabalho: 07 (sete) farmacêuticos, 06 (seis) técnicos de farmácia, 07 (sete) auxiliares de farmácia e residentes de farmácia que seguem a escala conforme já explicado para os residentes de enfermagem.

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Atuando em um Ambulatório de Quimioterapia identificaram-se intercorrências na gestão logística do processo de administração dos antineoplásicos, tais como: falta do medicamento havendo assim a dispensa do paciente atrasando o seguimento do tratamento, demora no período compreendido entre a validação da prescrição médica e o início da infusão dos medicamentos antineoplásicos e

reclamações dos pacientes quanto ao tempo de espera prolongado para dar entrada na sala de quimioterapia devido a chegada tardia dos medicamentos.

Este trabalho descritivo e exploratório apresenta como métodos de pesquisa o tipo qualitativo (fundamenta-se em análises qualitativas, bem como conhecimentos empíricos, além de usar como meio de pesquisa o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave) e quantitativo (caracteriza-se pelo emprego de instrumentos estatísticos, procurando medir e quantificar os resultados da investigação). (ZANELLA, 2009).

A fundamentação teórica deste Projeto Técnico compreendeu pesquisas através de artigos científicos, livros-texto clássicos, documentos e manuais, voltados para a Gestão da Saúde e Oncologia. A coleta de dados foi categorizada em dados primários e secundários; foi estabelecido o período de 6 meses para fins de categorização e análise quantitativa dos dados, compreendendo os meses de julho a dezembro de 2018. Os dados primários se referem a agenda semanal de enfermagem onde constam os atendimentos programados para o dia, além do acréscimo de pacientes que saíram das consultas médicas ou que já possuem prescrição médica programada para o determinado dia da semana, além de informações numéricas disponibilizadas pelo responsável dos ambulatorios do CHC-UFPR e CMIV. Assim, houve a preocupação ética e firmou-se o respaldo bioético que permeou todas as etapas deste trabalho, onde foi utilizada a apresentação de documento formal emitido pela coordenação de curso (ANEXO 1), através de agendamento prévio, de acordo com a disponibilidade, com os responsáveis pelos setores de compra/estoque/distribuição dos insumos do CHC-UFPR, CMIV, ambulatorios e SAM 16.

No período de julho a dezembro de 2018 o SAM 16 realizou 10.196 atendimentos nas 10 especialidades citadas anteriormente. Deste total de atendimentos tem-se que a Oncologia Clínica responde pelos maiores números (41%), sendo esta especialidade a maior a encaminhar pacientes para o Ambulatório de Quimioterapia; seguido dos atendimentos de enfermagem (34%) que serão abordados posteriormente, as especialidades Hematologia/LLC/MM/Linfoma e Cancerologia Geral vêm na sequência com 6,25%/6% respectivamente. Vale ressaltar o grande número de atendimentos do Serviço Social (7%), que conta com 02 (duas) profissionais em dois turnos de trabalho, reforçando a característica da população atendida de média/baixa renda, necessitando muitas vezes da intervenção e

orientação, além de encaminhamentos e direcionamentos deste importante tipo de serviço em um hospital público (TABELA 1).

TABELA 1. NÚMERO E PORCENTAGEM DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELAS ESPECIALIDADES NO SAM 16 DO CHC-UFPR NO PERÍODO DE JULHO A DEZEMBRO/2018.

Especialidades	Nº	%
Enfermagem	3440	34
Serviço Social	692	7
EnfCare Cuidados Paliativos	233	2
Hematologia/Leucemia	155	1,5
Oncologia Clínica	4181	41
Hematologia/LLC/MM/Linfoma	638	6,25
Nutrição	12	0,12
Terapia Ocupacional	13	0,13
Cuidados Paliativos	233	2
Cancerologia Geral	599	6
TOTAL	10.196	100

FONTE: A autora (2019).

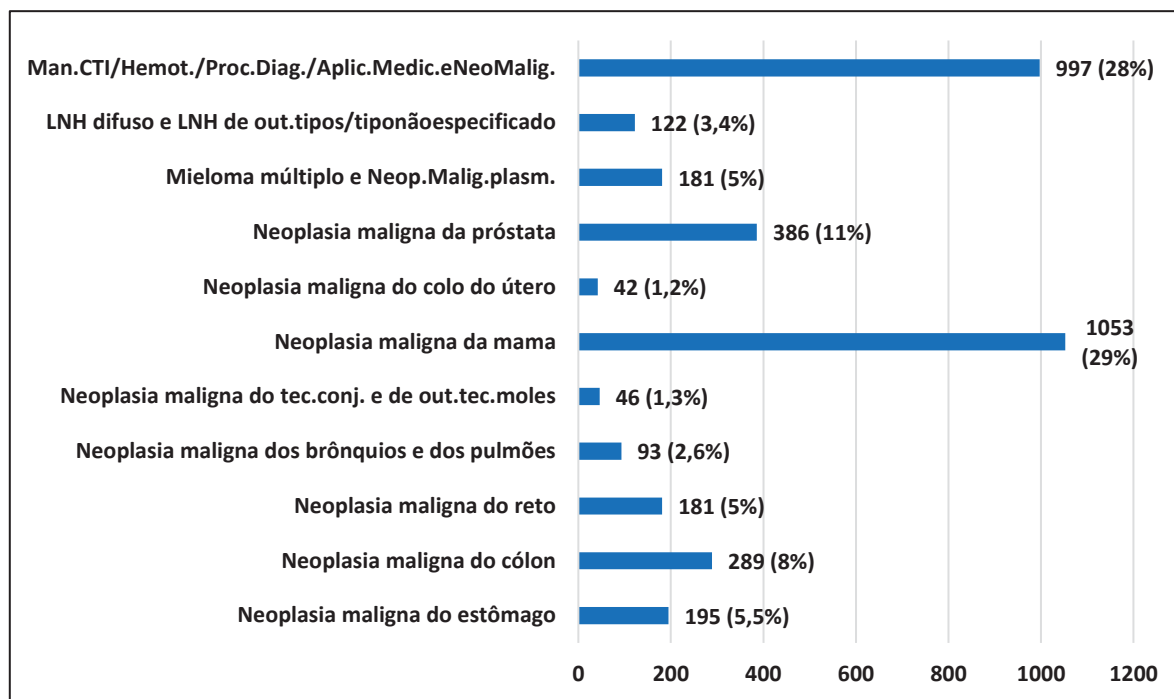
Os dados da agenda semanal de enfermagem foram agrupados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID10)⁵. Assim, obteve-se um total de 34 neoplasias malignas. Para fins de melhor discussão dos dados e análise, optou-se por trabalhar com as 10 principais neoplasias, demonstradas abaixo, e agrupou-se em um mesmo tipo de atendimento a realização de protocolos quimioterápicos de doenças menos frequentes, além de manutenção/heparinização de Cateter Totalmente Implantado (CTI), hemotransfusão de hemocomponentes e hemoderivados, aplicações de medicamentos diversos e procedimentos diagnósticos (biópsia de medula óssea, mielograma, imunofenotipagem, citogenética e etc.).

Verifica-se que no período de coleta de dados compreendido nesta pesquisa tem-se que foram realizados 3.585 atendimentos no Ambulatório de Quimioterapia. Destes, os protocolos quimioterápicos de maior incidência foram para Neoplasia Maligna da Mama (29%); seguidos de Neoplasia Maligna da Próstata (11%);

⁵ Para fins de esclarecimento, nesta pesquisa utilizou-se a CID10, haja visto que a OMS lançará a partir de Maio/2019 a CID11. Fonte: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875

Neoplasia Maligna do Cólon (8%); Neoplasia Maligna do Estômago (5,5%) e Mieloma Múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos (5%) (GRÁFICO 1).

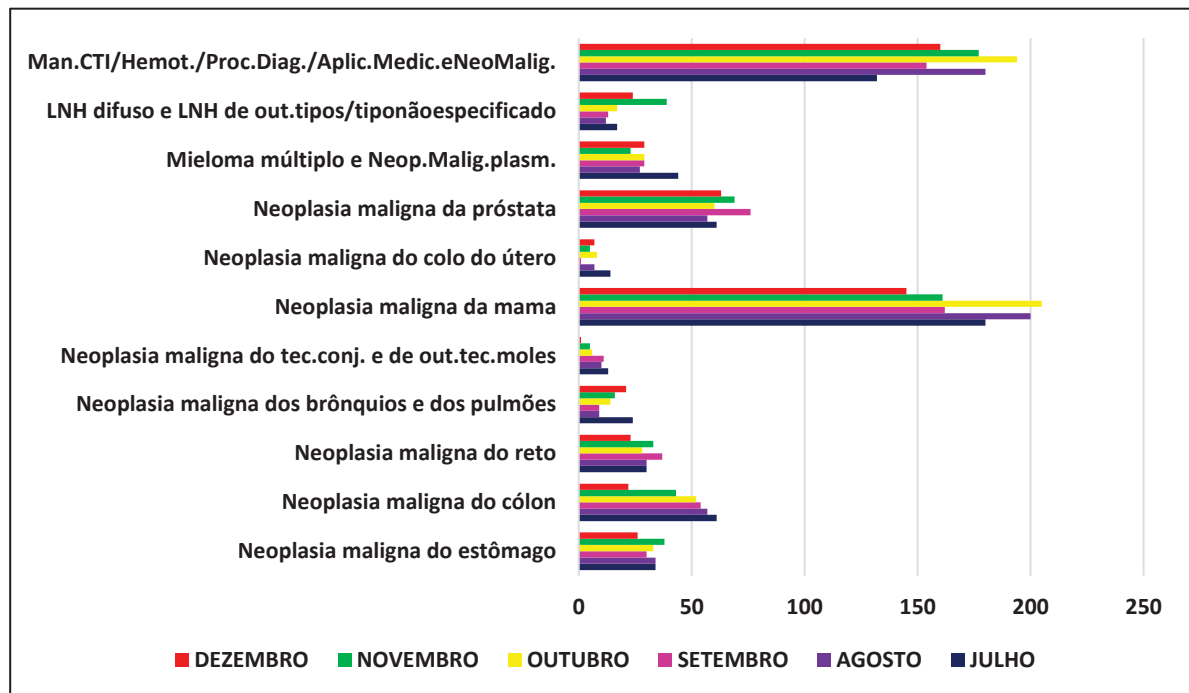
GRÁFICO 1 – NÚMERO E PORCENTAGEM DOS ATENDIMENTOS, POR NEOPLASIAS, REALIZADOS NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR. SAM 16. PERÍODO: JULHO A DEZEMBRO/2018.



FONTE: A autora (2019).

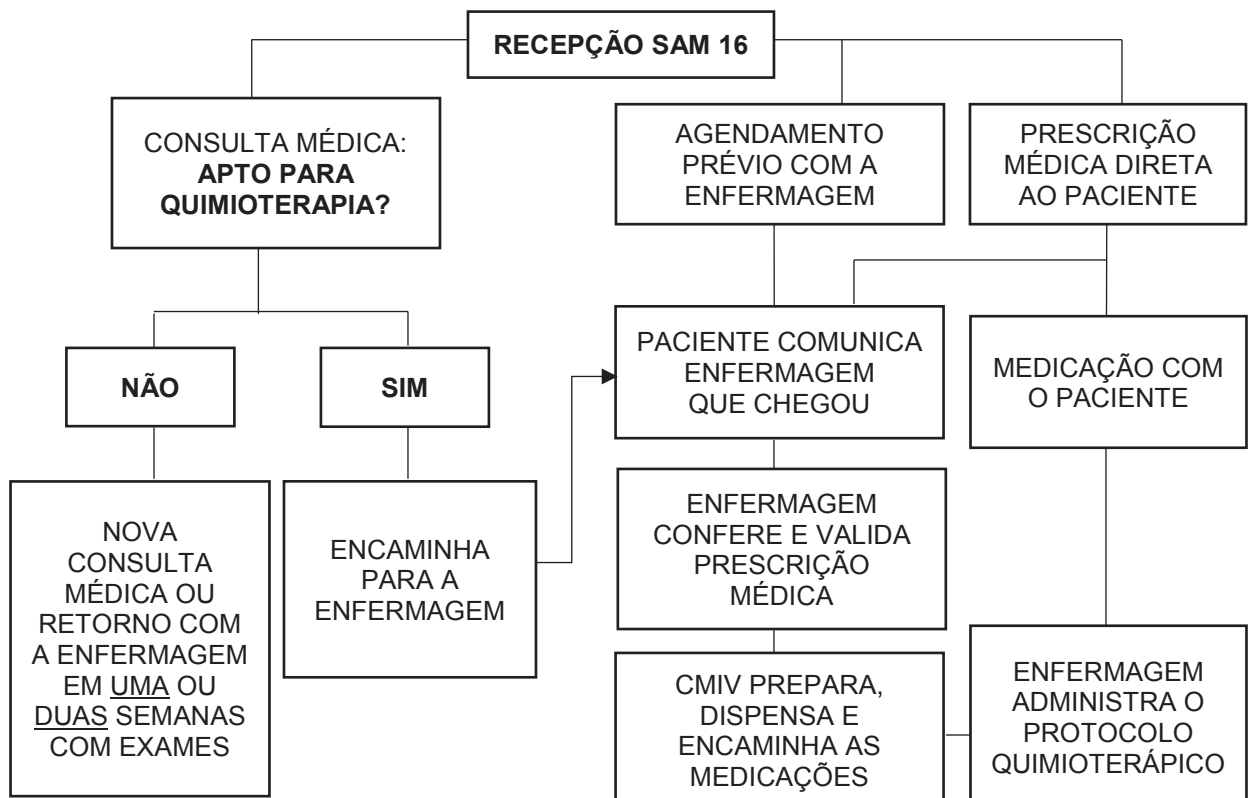
Os atendimentos realizados mensalmente no período da pesquisa. Também se observam como maiores incidências as Neoplasia Maligna da Mama; Neoplasia Maligna da Próstata; Neoplasia Maligna do Cólon; Neoplasia Maligna do Estômago e Mieloma Múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos. Incidências estas que correspondem os dados da literatura (GRÁFICO 2). Os cânceres de próstata (68 mil) e mama feminina (60 mil) serão os mais frequentes. Os tipos de câncer mais incidentes em homens serão próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) figurarão entre os principais. (INCA, 2018).

GRÁFICO 2 – ATENDIMENTOS REALIZADOS, POR NEOPLASIAS, MENSALMENTE NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR. PERÍODO: JULHO A DEZEMBRO/2018.



FONTE: A autora (2019).

FLUXOGRAMA 1 – PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DO PROTOCOLO QUIMIOTERÁPICO NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR.



FONTE: A autora (2019).

Para a aplicação do protocolo quimioterápico o atendimento no Ambulatório de Quimioterapia do CHC-UFPR realiza-se através de agendamento prévio (agenda semanal de enfermagem com prescrições médicas programadas para administração dos medicamentos), atendimentos após consulta médica com prescrição médica autorizada e administração de medicamentos com prescrição direta ao paciente (FLUXOGRAMA 1).

Durante a coleta de dados através da agenda semanal de enfermagem, foram apreendidos os principais protocolos quimioterápicos administrados no Ambulatório de Quimioterapia. Antes de dar continuidade, se faz necessário explicar que o paciente em quimioterapia percorre o seguinte caminho até o início, propriamente dito, da infusão do quimioterápico: verificam-se os sinais vitais (pressão arterial, frequências cardíaca e respiratória, temperatura e saturação de O₂), mensuram-se os dados antropométricos (peso e altura), assina-se a frequência de quimioterapia, punciona-se o acesso venoso periférico ou CTI, iniciam-se as medicações pré-quimioterápicas, prescritas caso a caso, compreendidas por hidratação, antieméticos, antialérgicos, corticoides e antiespasmódicos.

Assim, nesse tempo já se passaram em média 01 (uma) hora, por isso estes protocolos foram categorizados, pela autora, de acordo com a observação clínica, crítica e da prática diária do tempo total de permanência do paciente no Ambulatório de Quimioterapia. Além disto, em entrevista com a responsável técnica da CMIV, em média leva-se 01 (uma) hora para o início do preparo das medicações. Tem-se desta forma a categorização dos protocolos: **a) Protocolo Curto**: compõe este 01 (um) único medicamento com o tempo de permanência de 02 (duas) a 03 (três) horas de permanência do paciente na unidade; **b) Protocolo Médio**: compõem este de 01 (um) a 02 (dois) medicamentos com o tempo de permanência de 03 (três) a 04 (quatro) horas de permanência do paciente na unidade e **c) Protocolo Longo**: compõem este de 02 (dois) a 05 (cinco) medicamentos com o tempo de permanência de 04 (quatro) a 05 (cinco) horas de permanência do paciente na unidade (TABELA 2)⁶.

⁶ Não será apresentada a descrição por extenso das siglas dos protocolos quimioterápicos haja visto que isto não interfere na compreensão do texto.

TABELA 2 – PRINCIPAIS PROTOCOLOS ANTINEOPLÁSICOS SEGUNDO TEMPO DE PERMANÊNCIA DO PACIENTE NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR. PERÍODO: JULHO À DEZEMBRO/2018.⁷

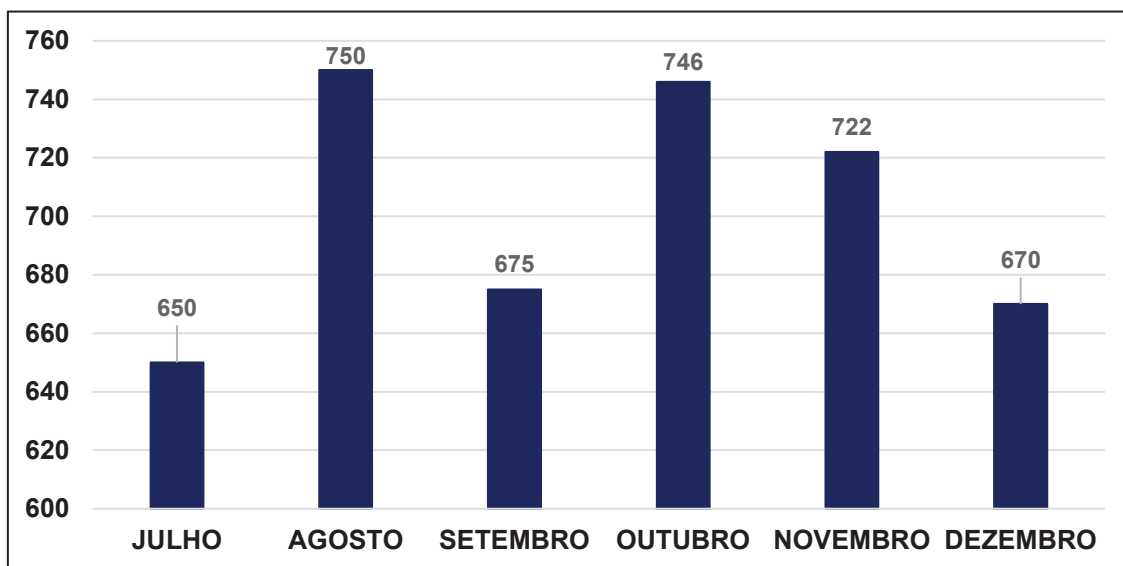
PROTOCOLO CURTO PERMANÊNCIA: 2 a 3 horas	PROTOCOLO MÉDIO PERMANÊNCIA: 3 a 4 horas	PROTOCOLO LONGO PERMANÊNCIA: 4 a 5 horas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ácido Zoledrônico ✓ Azacitidina ✓ Bortezomibe ✓ Brentuximabe ✓ Citarabina ✓ Cladribina ✓ Dacarbazina ✓ Daunorrubicina ✓ Docetaxel ✓ Doxorubicina ✓ Eculizumabe ✓ Fludarabina ✓ Fluoruracila ✓ Gencitabina ✓ MTX ✓ Nivolumabe ✓ Paclitaxel ✓ Romiplostim ✓ Trastuzumabe ✓ Vincristina/Mercapturina/MTX 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CAPOX ✓ Carboplatina e Paclitaxel ✓ Ciclofosfamida/ Doxorrubicina ✓ Cisplatina ✓ Citarabina/Daunorrubicina ✓ Docetaxel/Ciclofosfamida ✓ Gencitabina/Vinorelbina ✓ Ifosfamida ✓ Oxaliplatina ✓ Pamidronato ✓ PEB/BEP (sem Bleomicina) ✓ Pertuzumabe/Trastuzumabe ✓ Rituximabe ✓ Trastuzumabe/Paclitaxel ✓ Vincristina/Citarabina ✓ Vincristina/Ifosfamida ✓ Vincristina/Ciclofosfamida ✓ Vinorelbina/Trastuzumabe 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ABVD (sem Bleomicina) ✓ CHOP ✓ Ciclofosfamida/ Topotecano ✓ Cisplatina/Doxorrubicina ✓ Cisplatina/Etoposido ✓ Cisplatina/Irinotecano ✓ Citarabina/Doxorrubicina ✓ Etoposido/Ifosfamida ✓ Etoposido/Ifosfamida/ Carboplatina ✓ ICE ✓ FLOX ✓ FOLFIRI ✓ FOLFIRINOX ✓ FOLFOX ✓ Gencitabina/Cisplatina ✓ PEB ✓ Pertuzumabe/ Trastuzumabe/ Vinorelbina ✓ R-CHOP ✓ Rituximabe/Fludarabina ✓ R-GEMOX

FONTE: A autora (2019).

A CMIV disponibilizou o número de preparações de medicamentos no período de coleta de dados para o SAM 16. O Ambulatório de Quimioterapia tem o maior volume de preparações do CHC-UFPR (comparando-se o SAM 16 com os setores: Quimioterapia Alto Risco – internação; Pediatria – internação e ambulatório e Unidade de Transplante de Medula Óssea – internação). Foram manipuladas no período pesquisado 4.213 medicações endovenosas. Observa-se um número elevado de medicações preparadas pela CMIV, em média 702 medicamentos/mês para o SAM 16. Percebe-se que os meses de Agosto, Outubro e Novembro foram os que mais tiveram aplicações medicamentosas, havendo alguns motivos: maior número de pacientes aptos para realizar a quimioterapia, aumento do número de protocolos de caráter diário, semanal, quinzenal e a cada 21 dias, inclusão de casos novos, número completo do quadro de médicos e residentes médicos e etc. (GRÁFICO 3).

⁷ Os principais protocolos antineoplásicos foram categorizados por tempo de permanência do paciente no Ambulatório de Quimioterapia através da observação direta do pesquisador.

GRÁFICO 3 – NÚMERO ABSOLUTO DE PREPARAÇÕES MEDICAMENTOSAS PELA CMIV
PARA O AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR.
PERÍODO: JULHO A DEZEMBRO/2018.



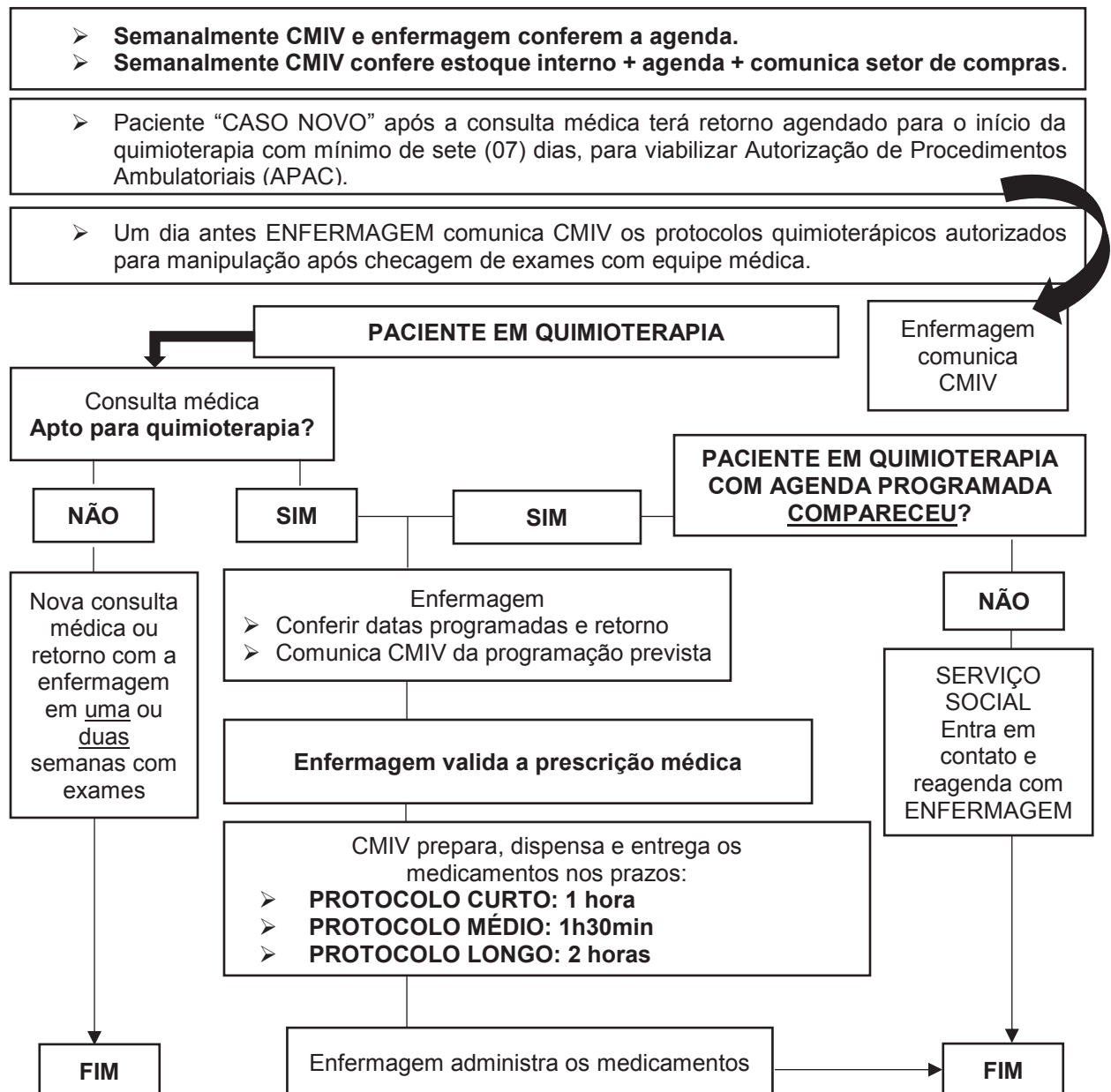
FONTE: A autora (2019).

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA A SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

4.1 PROPOSTA TÉCNICA

Este estudo propôs a elaboração e apresentação de um fluxograma com o objetivo de reorganizar a gestão logística do processo de administração dos antineoplásicos no Ambulatório de Quimioterapia do CHC-UFPR.

FLUXOGRAMA 2 – APRESENTAÇÃO LOGÍSTICA DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR.



FONTE: Adaptado de Dagnino (2014).

4.1.1 Plano de implementação

As estratégias de implantação, atribuições de responsabilidades e objetivos de cada uma das ações necessárias à implantação da proposta técnica estão descritas no Quadro 1

QUADRO 1 – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO REFERENTE AO FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR.

AÇÃO		RESPONSÁVEIS	OBJETIVO
1	Agendar o paciente “CASO NOVO” com retorno para sete (07) dias.	Médico/Enfermagem	Aguardar período para inclusão de APAC.
2	Agendar os protocolos quimioterápicos conforme prescrição médica programada (ANEXO 2).	Enfermagem	Organizar agenda semanal de enfermagem.
3	Conferir semanalmente a agenda programada de enfermagem.	Enfermagem/CMIV	Organizar agenda semanal de enfermagem e CMIV.
4	Coletar exames de sangue no dia anterior a quimioterapia.	Paciente	Fornecer o resultado com antecedência.
5	Verificar resultados dos exames de sangue até as 14h do dia que antecede a quimioterapia.	Enfermagem	Informar CMIV quanto aos protocolos do dia seguinte.
6	Conferir ajuste de dose se necessário.	Médico/Enfermagem	Adequar a dose a clínica do paciente.
7	Conferir estoque interno e comunicar setor de compras semanalmente.	CMIV	Evitar a falta de medicamentos.
8	Conferir estoque interno e comunicar CMIV.	Setor de Compras	Evitar a falta de medicamentos.
9	Comunicar CMIV programação de paciente “CASO NOVO”.	Enfermagem	Aguardar período para inclusão de APAC.
10	Aguardar liberação médica dos exames de sangue até às 15h.	Médico	Programar os protocolos do dia seguinte.
11	Preparar medicações no dia anterior a realização dos protocolos quimioterápicos previamente agendados.	CMIV	Agilizar entrada do paciente na sala de quimioterapia.
12	Contatar paciente um dia antes da quimioterapia confirmando presença ou ausência.	Enfermagem	Agilizar entrada do paciente e evitar desperdício de drogas.
13	Priorizar para a consulta médica o atendimento dos pacientes em protocolos quimioterápicos.	Recepção	Agilizar entrada do paciente na sala de quimioterapia.

QUADRO 1 – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO REFERENTE AO FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO CHC-UFPR.

AÇÃO		RESPONSÁVEIS	OBJETIVO
14	Treinar pacientes/familiares/acompanhantes quanto ao fluxograma do processo de administração dos protocolos quimioterápicos.	Enfermagem/Serviço Social	Colaborar com o adequado funcionamento do fluxograma.
15	Realizar pesquisas de satisfação com os usuários periodicamente.	Ouvidoria	Melhorar e adequar as etapas do fluxograma.
16	Capacitar profissionais de saúde quanto ao fluxograma.	Enfermagem	Colaborar com o adequado funcionamento do fluxograma.
17	Realizar reciclagem do fluxograma com profissionais de saúde.	Enfermagem	Melhorar e adequar as etapas do fluxograma.
18	Realizar reuniões periódicas com profissionais de saúde.	Equipe de profissionais	Melhorar e adequar as etapas do fluxograma.
19	Contatar pacientes “faltosos” e reagendar data para a quimioterapia.	Serviço Social/Enfermagem	Evitar perda de seguimento do tratamento.
20	Conferir datas programas para os protocolos quimioterápicos e retorno.	Enfermagem	Organizar agenda semanal de enfermagem.
21	Adequar estrutura física da CMIV implantando capela de fluxo laminar para dois manipuladores.	Diretoria Geral Engenharia CMIV	Otimizar o tempo de permanência do paciente no setor.
22	Adequar o número de profissionais de enfermagem no Ambulatório de Quimioterapia (Manhã: acrescentar um (01) enfermeiro e tarde: acrescentar um (01) técnico de enfermagem).	Diretoria Geral Diretoria de Enfermagem Enfermagem	Otimizar o tempo de permanência do paciente no setor.
23	Enviar os medicamentos contemplando o tempo máximo estabelecido de acordo com os protocolos: CURTO, MÉDIO e LONGO.	CMIV	Otimizar o tempo de permanência do paciente no setor.
24	Elaborar agenda semanal dos pacientes em protocolos de 15, 21 dias e mensal.	CMIV	Evitar a falta do medicamento.

FONTE: Adaptado de Dagnino (2014).

4.1.2 Recursos

Quanto aos recursos ressalta-se que houve dificuldade na elaboração dos mesmos devido a inexistência dos principais dados. Reforça-se também que se não forem disponibilizados os recursos, ainda assim, é possível implantar o fluxograma adequadamente e com todas as suas ações descritas na sessão anterior. A reforma

da CMIV com a adequação da estrutura física e acréscimo da capela de fluxo laminar para dois manipuladores trará a agilidade no preparo das medicações (QUADRO 2).

QUADRO 2 – RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS.

AÇÃO		RECURSO
1	Reforma da CMIV para as instalações físicas da capela de fluxo laminar.	Estimativas do orçamento ainda não foram disponibilizadas.
2	Aquisição da capela de fluxo laminar.	Cotação de preço em andamento.
3	Materiais para reuniões, treinamentos e capacitações: papel, encadernação, impressão, canetas.	RS 600,00
4	Contratação de funcionários.	Recursos orçamentários da União para concurso público.
5	Sala de reuniões/treinamento: cadeiras, mesa para computador	Disponível no SAM 16.
6	Recepção / Sala de espera: cadeiras	Disponível no SAM 16.
7	Equipamentos multimídia completo.	Disponível no SAM 16.

FONTE: A autora (2019).

4.1.3 Resultados esperados

A partir da implantação do fluxograma, espera-se primordialmente organizar a logística da gestão do processo de administração dos medicamentos antineoplásicos. Podem-se destacar ainda os seguintes resultados esperados:

- Evitar atrasos nos protocolos quimioterápicos devido a falta do medicamento ou não inclusão da APAC;
- Evitar comparecimento desnecessário do paciente devido a não autorização do protocolo por falta de APAC;
- Otimizar o tempo de permanência do paciente no setor;
- Organizar a agenda semanal de enfermagem;
- Integrar os processos de trabalho entre enfermagem e CMIV buscando adequar a realidade tanto dos setores quanto institucionais;
- Promover a integração entre os profissionais da saúde e pessoal administrativo;
- Promover integração entre equipe de saúde e Ouvidoria;
- Promover a satisfação dos pacientes que necessitam do tratamento e

- Melhorar a gestão do estoque dos medicamentos entre CMIV e setor de compra.

4.1.4 Problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Os problemas que podem vir prejudicar a não implementação do fluxograma decorrerão basicamente da não adesão as ações propostas. Porém espera-se que com a capacitação da equipe de profissionais e assistentes administrativos, haja a mobilização dos profissionais na tentativa de compreender que a logística coesa da gestão de processos pode otimizar o trabalho de toda equipe, além de promover integração entre a equipe.

A parceria com a Ouvidoria e as respostas positivas dos pacientes com relação ao fluxograma poderão ser o incentivo à equipe de profissionais. A compra da capela de fluxo laminar e a reforma da estrutura física da CMIV poderão ser um impeditivo desde que a Diretoria e Engenharia não queiram entender a importância deste ato no melhor atendimento aos pacientes do CHC-UFPR. A coordenação da CMIV em 2018 enviou um memorando para adequar a agenda semanal de enfermagem juntamente com as consultas médicas (ANEXO 3).

5 CONCLUSÃO

Foram apresentados dados consistentes primeiramente da importância do CHC-UFPR na assistência a população do sul do Brasil, mais precisamente Curitiba e região metropolitana. Sendo um hospital escola de referência recebe casos clínicos de câncer de várias especialidades médicas, e na maioria das vezes o doente encontra-se com a doença em estágio avançado. Mostrou-se uma alta frequência de indivíduos atendidos no SAM 16, além da atuação do Serviço Social, consultas médicas e por fim o grande número de protocolos quimioterápicos que são planejados, sistematizados e administrados no Ambulatório de Quimioterapia, contando com a parceria da CMIV.

Os medicamentos e as sucessivas inovações tecnológicas representam grande parcela do aumento dos gastos públicos na saúde, graças às inúmeras opções terapêuticas disponíveis. Porém, se não houver o racional uso das drogas e seleção destas baseada em protocolos clínicos bem definidos se perpetuará o eterno desafio de fechar as contas públicas e de gerir o SUS na cotidiana frase da maioria dos gestores...“crise da saúde”.

Para garantir o atendimento de qualidade com uma gestão coerente e coesa em um serviço de saúde público, espera-se que o gestor esteja em constante aprimoramento técnico-profissional buscando adequar e melhorar seus processos de trabalho, bem como os recursos assistenciais disponíveis (materiais, insumos e número adequado de profissionais) aprimorando suas estratégias, planejamento, programação, além de viabilizar o trabalho em equipe favorecendo as interfaces entre os setores que atuam para um mesmo fim. A rede assistencial tem desempenho ímpar para a qualidade da assistência prestada. Cabe aos profissionais da saúde a busca pelo aperfeiçoamento técnico-científico e dos esforços do gestor em manter o foco da atenção na assistência ao cliente.

A implementação deste fluxograma que reorganiza a logística da gestão do processo de administração dos medicamentos antineoplásicos, juntamente com o monitoramento contínuo das ações e avaliações constantes do processo de gestão e da logística do setor é ferramenta imprescindível e fundamental para nortear as ações dos profissionais de saúde e para que se alcancem os resultados esperados. Como exposto, pode-se contar com a atuação efetiva da Ouvidoria que funciona como um

“canal imparcial” promovendo a ponte entre o paciente/acompanhante e rede de assistência.

Ao atuar em um Ambulatório de Quimioterapia identificaram-se intercorrências na gestão logística do processo de administração dos antineoplásicos, tais como: falta de medicamento, havendo assim a dispensa do paciente e, com isso, atraso do seguimento do tratamento; demora no período compreendido entre a validação da prescrição médica e o início da infusão dos medicamentos antineoplásicos, além de reclamações dos pacientes quanto ao tempo de espera prolongado para dar entrada na sala de quimioterapia devido à chegada tardia dos medicamentos.

Como apresentado, o câncer gera, na maioria de suas vítimas, emoções e sensações perturbadoras da ordem e da rotina de vida diária, dada a gravidade da doença e seus prejuízos biopsicosocioespíritual. Sendo assim, é comum lidar com a agressividade verbal dos pacientes quando há a demora no atendimento, ou quando a quimioterapia é suspensa ou que há suspensão por falta do medicamento ou outra adversidade. Assim, propôs-se reorganizar a logística da gestão do processo de administração dos protocolos quimioterápicos. Reforçamos os custos elevados com a terapêutica do câncer tanto para o paciente/familiar/rede de apoio, quanto principalmente para os serviços de saúde tanto públicos quanto privados.

A aplicabilidade deste Projeto Técnico poderá beneficiar a equipe de profissionais envolvida em todo o processo de administração dos antineoplásicos otimizando o tempo do profissional técnico, estreitando o trabalho em equipe e fornecendo ao paciente um tratamento ágil, conciso e de qualidade. Sabe-se dos riscos da impossibilidade de implantação, já que depende também de reestruturação física da CMIV e de quadro de funcionários. Acredita-se que se houver a disponibilidade de maiores pesquisas que tragam dados concretos dos custos necessários das reformas na CMIV e o envolvimento das autoridades responsáveis, poderemos obter a instalação da câmara de preparo das medicações por dois profissionais farmacêuticos. Não se pode deixar de oferecer o que há de melhor na gestão dos profissionais e do atendimento ao paciente em detrimento da frase clássica “não há verbas para tal ação”. Sendo assim, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, pessoal administrativo e farmacêuticos juntos poderão contribuir significativamente para o êxito deste trabalho.

Capacitar a equipe de saúde e pessoal administrativo contando com reuniões periódicas e orientar a população atendida tanto quanto ao fluxograma quanto aos

seus direitos e deveres enquanto cidadãos certamente contribuirá para a prática da efetiva qualidade na assistência prestada.

Buscou-se demonstrar a importância da gestão logística das etapas de organização e planejamento de todo o processo da administração dos medicamentos antineoplásicos na intenção de mostrar a racionalização dos custos dos tratamentos, além de ser importante para a otimização dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis e para o uso racional dos medicamentos. Quanto melhor for a gestão destes promover-se-á a eficácia deste trabalho contribuindo para a qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço de saúde público, otimizando a oferta do atendimento, reforçando a notoriedade de um complexo de serviço à saúde de abrangência em toda região sul do país.

REFERÊNCIAS

BONASSA, E.M.A., GATO, M.I.R. **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4ª Edição. Editora: Atheneu. São Paulo. Ano: 2012. Pg. 650 il.

CARVALHO, A.I.de, BARBOSA, P.R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014. 82p.

Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10). Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/cid10.htm>> Acesso em: 26 fev. 2019.

DAGNINO, R.P. **Planejamento estratégico governamental**. – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014. 162p. : il.

DENARDI, U.A. **Enfermagem em Radioterapia - Atlas e Texto**. 1ª Edição. Editora: Lemar. São Paulo. Ano: 2008. Pg. 346 il.

DIMENSIONAMENTO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS. Hospital de Clínicas e Maternidade Victor Ferreira do Amaral Universidade Federal do Paraná. DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE E GESTÃO DE CONTRATOS. Brasília, 24 de fevereiro de 2014. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/dimensionamento_assistencia_l_hc_e_maternidade_ufpr.pdf/5dcac215-c03f-45b3-8b3a-d8059e88dbea>. Acesso em: 18 fev. 2019.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. 128 p.: il. color. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

JACOB, A.P.P. **Etnografia de um cotidiano hospitalar: uma perspectiva antropológica**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, 2017. 111 f.: il.

KNUSTI, R.E., PORTELA, M.C., PEREIRA, C.C. de A., FORTES, G.B. Estimativa dos custos da assistência do câncer de pulmão avançado em hospital público de referência. **Rev. Saúde Pública**. 2017;51:53. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006665.pdf> Acesso em: 15 fev. 2019.

KUSCHNIR, R.C., CHORNY, A.H., LIRA, A.M.L **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. 3. ed. rev. atual. – Florianópolis : Departamento. de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014. 176p.

LUZ, T.C.B., CASTRO, C.G.S.O. de, TORRES, R.M.W.B. **Trends in medicines procurement by the Brazilian federal government from 2006 to 2013**. April 7, 2017. Disponível em:

<<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0174616&type=printable>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

MACHADO, C.A.M. **Alterações na qualidade de vida dos pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas no período de hospitalização**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, 2017. 111 f.: il.

MARQUES, A. da C.B., PROENÇA, S. de F. F., MACHADO, C.A.M., GUIMARÃES, P.R.B., MAFTUM, M.A., KALINKE, L.P. Qualidade de vida nos primeiros seis meses pós-transplante de células-tronco hematopoéticas. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2017, vol.26, n.3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e5040016.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

NETO, F de P. A., SILVA, W.L.M., LUIZA, V.L. **Gestão logística em saúde**. – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2014. 94p.

ODELI, L. Análise do processo de seleção e gastos com medicamentos em uma rede de hospitais públicos do estado do paraná. **Dissertação de Mestrado**. Curitiba, 2017. 103 f. : il. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/49084/R%20-%20D%20-%20LILIAN%20ODELI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

PAULA, P.A.B. de; ALVES, T.N.P., VIEIRA, R. de C.P.A., SOUZA, A.I.S. de. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis [online]**. 2009, vol.19, n.4, pp.1111-1125. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [4]: 1111-1125, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a11.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

ROVER, M.R.M., PELÁEZ, C.M.V., FARACO, E.B., FARIAS, M.R., LEITE, S.N. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(8):2487-2499, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2487.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019.

SANTOS, M.P.G. dos. **O Estado e os problemas contemporâneos**. – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014. 138p. : il.

SOARES, L., DIEHL, E.E., SILVANA NAIR LEITE, FARIAS, M.R. A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. vol. 49, n. 1, jan./mar., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjps/v49n1/a12v49n1.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019.

TESTON, E.F., FUKUMORI, E.F.C., BENEDETTI, G.M. dos S., SPIGOLON, D.N., COSTA, M.A.R., MARCON, S.S. Sentimentos e dificuldades vivenciadas por

pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, Epub 27-Ago-2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180017.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2019.

VASCONCELOS, D.M.M. de. CHAVES, G.C., AZEREDO, T.B. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(8):2609-2614, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002802609&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 fev. 2019.

VIDAL, T.J., MORAES, E.L., RETTO, M.P.F., SILVA, M.J.S. da. Demandas judiciais por medicamentos antineoplásicos: a ponta de um iceberg? **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(8):2539-2548, 2017. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2539.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

ZANELLA, L.C.H. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009. 164p.: il.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL E APLICADA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO PÚBLICA, GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL E
GESTÃO DA SAÚDE UAB/PNAP/UFPR
(Modalidade a Distância)**

De: Curso de Especialização Gestão da Saúde - UFPR

Para: COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ CHC-UFPR

Informamos para os devidos fins que o(a) discente FABIANE BIS CAETANO GODZIKOWSKI, matriculado(a) no curso de especialização a distância da UFPR, Gestão da Saúde, está desenvolvendo TCC orientado pelo(a) professor(a) Cristhiane Mariot Diniz, intitulado FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DOS ANTINEOPLÁSICOS. Esse TCC ocorrerá na instituição COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ CHC-UFPR - em quatro locais: 1) AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA ADULTO (ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA - SAM16); 2) CENTRAL DE MISTURAS INTRAVENOSAS (CMIV); 3) FARMÁCIA AMBULATORIAL (FAB) E 4) DEPARTAMENTO DE COMPRAS - e tem como prerrogativa o desenvolvimento de uma proposta de intervenção e não uma pesquisa científica. Na maioria dos casos, os dados utilizados serão coletados de dados secundários (tais como relatórios, atas, site governamentais etc) e não há intenção de que os trabalhos sejam publicados em periódicos de cunho científico. Desta forma, não há necessidade de que o projeto seja submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. A coordenação do curso sugere que, ao final do TCC, ele seja entregue à instituição para seu conhecimento e possível implantação.

A disposição para maiores esclarecimentos.

Coordenadora do Curso de Gestão da Saúde turma 2017-2019

ANEXO 2 – EXEMPLOS DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS PROGRAMADAS

[illegible][illegible][illegible]

[illegible][illegible][illegible]

[illegible]

HC-UFFRR

PRESCRICAO MEDICA PROGRAMADA

PAG.: 1

FMI6A1

ASROGER - 09:09 - 7/08/18

Cliente:

Ambulatorio: 233 HEMATO ONCO PROC APAC

CID-10: C64 NEOPLASIA MALIGNA DO RIM, EXCETO PELVE RENAL

Inicio trat: 15/02/2002

Inicio ciclo: 07/08/2018

Medico: ASROGER ROGER AKIRA SHIOMI

CRM: 23218

Usuario: ASROGER ROGER AKIRA SHIOMI

CRM: 23218

Medicamento	Dose	Tp	Int	Via	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
CLORETO DE SODIO 0,9% 250ml	1.000 UN	U	24.00	EV																					X							
VinCRISTina 1mg f/a	2.000 UN	C	24.00	EV																					X							
CicloFOSFAMida 1g f/a	1870.000 UN	C	24.00	EV																					X							
DACTINomicina 0,5mg f/a	2.000 UN	C	24.00	EV																					X							
IFOSFAMIDA 1g f/a	2880.000 UN	C	24.00	EV	X	X	X	X																								
MESNA 400mg amp	1870.000 UN	C	24.00	EV																					X							
MESNA 400mg amp	2880.000 UN	C	24.00	EV	X	X	X	X																								
ONDANSETRONA 8mg amp	16.000 UN	C	24.00	EV	X	X	X	X																	X							
*CLORETO SODIO 0,9% 1000ML BOL	2.000 UN	U	24.00	EV	X	X	X	X																								
FILGRASTIM 300MCG Seringa	2100.000 UN	C	24.00	EV																					X							
DEXametasona 10mg amp	1.000 UN	U	24.00	EV	X	X	X	X																	X							

[illegible]

ANEXO 3 – ADEQUAÇÃO DA ROTINA DE MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS PARA AMBULATÓRIO SAM 16

(continua)

17533/18



Memorando SEFARH nº 271/18

Curitiba, 19 de dezembro de 2018.

À Chefia da Unidade de TMO, Oncologia e Hematologia – UTOH.

Assunto: Adequação da Rotina de Manipulação de Medicamentos Antineoplásicos para Ambulatório SAM 16.

Com objetivo de melhoria do fluxo de manipulação pela Central de Misturas Intravenosas e otimizar o atendimento aos pacientes que recebem medicamentos antineoplásicos, encaminhamos a compilação dos números de manipulações para ciência, análise e possíveis ajustes nas rotinas de manipulação para o SAM 16.

Nas Tabelas 1, 2 e 3 demonstra-se o número de manipulações realizadas diariamente para todo o CHC durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2018, respectivamente. No Gráfico 1, demonstra-se a produção diária da CMIV, considerando a capacidade produtiva máxima de 75 manipulações. A capacidade produtiva máxima foi calculada considerando uma manipulação a cada 6 minutos por profissional farmacêutico, portanto 10 preparações por hora. A atividade de manipulação ocorre durante 7 horas e 30 minutos, portanto produzindo 75 manipulações diariamente. Demais atividades como limpeza, organização, avaliação de prescrições, treinamento e outras são realizadas no período anterior e posterior a manipulação de medicamentos.

No compilado dos dados dos meses citados, foram realizadas 2.331 preparações para o SAM 16, com média de segunda-feira a quinta-feira de 42 e sexta-feira de 23 preparações; apresentando redução de 55 % nas sextas-feiras. Esta variação interfere diretamente na organização do setor, ocasionando problemas logísticos, administrativos e principalmente ocasionando atrasos na entrega e administração dos medicamentos para os pacientes. Durante o ano de 2018 a farmácia recebeu 8 notificações no VIGIHOSP originadas pelo SAM 16. Destas, 7 em função de atrasos na entrega das manipulações e 1 em razão de falta de medicamentos.



No Gráfico 2, demonstra-se a produção diária e a de produção máxima de 40 manipulações para este ambulatório, totalizando 2.400 preparações no período, portanto atendendo a demanda do SAM 16.

A partir do exposto acima, segue abaixo a adequação da rotina, iniciará dia 02 de janeiro de 2019:

- Melhor distribuição do número de manipulações durante a semana, com no máximo 40 por dia;
- No máximo quatro pacientes com protocolos por dia contendo bomba infusora de 46 horas (protocolos FOLFOX ou FOLFIRI ou FOLFIRINOX), em função do tempo de manipulação destas preparações;
- No máximo três pacientes com protocolo contendo ifosfamida e mesna, também em função do tempo de manipulação destas preparações.

Atenciosamente,

Chefe do Setor de Farmácia Hospitalar
CRF 4960 – Matrícula149896/RE